

# 健康保険出産手当金請求書(第 回)

◎記入に際しては注意事項(別紙「記入上の注意」)をお読みください。  
 ※印欄は記入しないでください。

被保険者証の記号・番号		④ 生年月日	⑤ 支給額計算	⑥ 給付記録番号	⑦ 受取代理人	⑧ 受付年月日
①	②	③	5 略 7 平 9 分		0 無 1 有	
⑨ 被保険者(請求者)の氏名と印		⑦ 事業所の名称				
被保険者(請求者)の住所		⑩ 郵便番号		⑪ 住所コード		
TEL ( )						
⑫ 分べん日		平・令		⑬ 左記の⑫の分べん日は、実分べんですかまたは予定分べんですか		
⑭ 分べんのために休んだ期間(支給期間)		自 平・令		① 日数		④ 被保険者の資格を取得した日
⑮ うえの⑭に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、又は受けられますか。		受けた・受けない		② 報酬の支払いを受けた(受けられる)ときはその報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間		⑤ 被保険者の標準報酬月額
⑯ 分べんで入院したときはその旨		⑰ 病院の名称		⑱ 病院の所在地		
⑲ 上記⑭の休んだ期間のうち健康保険または公費で入院した期間		自 平・令		⑲ 日数		(備考)
⑳ 上記⑭の休んだ期間のうち自費で入院した期間		自 平・令		⑲ 日数		
備考欄(注)						
⑳ 支給算出額(手)		㉑ 調整減額コード		㉒ 海外表示		㉓ 特別支給コード
		0.国内 1.海外				

(注)被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

◎提出前に、記入のものが再確認してください。  
 ◎出勤簿および賃金台帳のコピーを添付してください。

賃金形態及び賃金縮切日	形態	月給・日給月給 日給・時間給・その他	毎月 日縮切	当月・翌月	日支払
㉔ 労務に服さなかった期間 ㉕ 出勤は○で、有給は△で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。/上記、賃金形態等該当項目に○してください。					
年 月 日から	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	出勤	有給
年 月 日まで	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	出勤	有給
日間	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	出勤	有給
㉖ うえの期間中の分として、報酬を全額又は一部支給した場合又は支給する場合	基本給	⑳	日給	月	日支払円
	手当	㉑	日給	月	日支払円
	手当	㉒	日給	月	日支払円
	手当	㉓	日給	月	日支払円
㉗ 現在までも又は将来も支給しない場合はその旨					
㉘ うえのとおり相違ないことを証明します。				令和 年 月 日 提出	
令和 年 月 日				受付日付印	
事業所 所在地 名称	事業主 氏名		電話 ( )		

⑳ 分べん年月日	平・令 年 月 日	㉑ 分べん予定年月日	平・令 年 月 日
㉒ 正常分べんまたは異常分べんの別	正常・異常	㉓ 出産または死の別	出産・死産(妊娠 ヶ月)
㉔ 入院して分べんしたときは、その期間	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで	㉕ 入院費用の別	健保・公費 自費・その他
㉖ 出産児の数	単胎・多胎 ( 児 )		
㉗ うえのとおり相違ありません 令和 年 月 日			
住所		電話	
職名( )		氏名	

※	㉘ 減額期間	期間	自	至	日数	金額
	㉙ 全部不支給	期間	自	至	日数	
	㉚ 不支給(産前法定外)	期間	自	至	日数	
	㉛ 不支給(産後法定外)	期間	自	至	日数	

支払金融機関の欄	㉜ 支払区分	1. 振込	㉝ 預金種別	1. 普通	銀行 信金 信組 農協	本店 支店 出張所
	㉞ 金融機関コード		2. 当座			
	㉟ 口座番号		口座名義			

受取代理人の欄	㉡ 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	被保険者(請求者) 住所 氏名	
	㉢ 代理人の氏名と印	㉣ 委任者と代理人との関係
代理人の住所	⑪ 郵便番号	⑫ 住所コード

社会保険労務士提出代行者の印	印
----------------	---

送信